

Ingezonden, discussie, commentaar

Discussie

Onderzoek naar gezondheidscentra

Drs. L. Peters¹

Inleiding

In het redactioneel van nr. 14 (1983) van dit tijdschrift met als titel 'Wordt de patiënt er beter van?' signaleert mw. H. D. C. Roscam Abbing het gemis aan een wetenschappelijke onderbouwing van het nut en de noodzaak van de extra kosten van gezondheidscentra.

Zij komt tot deze uitspraak naar aanleiding van het in 1982 door het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) uitgebrachte onderzoeksrapport over de eerste fase van een onderzoek naar de financiële problematiek van gezondheidscentra² (gericht op centra met hulpverleners in dienstverband) en de plannen voor – een inmiddels gestarte – tweede fase (gericht op centra met hulpverleners niet in dienstverband). De haars inziens beperkte waarde van dit onderzoek én het ontbreken van ander onderzoek brengt haar tot de conclusie dat hier een belangrijk terrein braak ligt voor universitaire wetenschappelijk onderzoek.

Ervan afgezien dat de gemaakte inperking tot een universitaire onderzoekssetting op zich al vragen oproept, kan ik haar betoog (en conclusies) niet onderschrijven. Mijn bezwaren hebben enerzijds te maken met het feit dat het NHI-onderzoek becommentarieerd wordt vanuit de (onjuiste) gedachte als zou dit onderzoek bedoeld zijn om de 'nut- en noodzaak'-vraag te beantwoorden, anderzijds verzuimt ze te vermelden dat, onder andere op het NHI, diverse andere onderzoeken lopen (en gepland zijn) die wel onder het thema 'evaluatie van gezondheidscentra' gerangschikt kunnen worden.

Onderzoek naar de financiële problematiek van gezondheidscentra

Roscam Abbing is van mening dat het niet verantwoord is op basis van dergelijk beperkt onderzoek een verantwoorde beslissing te nemen omtrent financieringsregelingen, omdat de patiëntzijde niet aan bod komt. Hoe logisch deze gedachtengang ook is, ik deel de opvatting niet dat de waarde van het onderzoek daarom zeer beperkt is. Dit heeft vooral een pragmatische reden: gezondheidscentra hebben inmiddels zo'n vaste plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg gekregen, dat beantwoording van de ultimate vraag naar nut en noodzaak van de meerkosten (een vraag die mijns inziens overigens primair een politieke oplossing behoeft) minder urgent is dan de schrijfster suggereert. Dat daarmee evaluatie-onderzoek nuttig blijft zal ik verderop behandelen.

De huidige financiering van gezondheidscentra is dermate verbokkeld en ondoorzichtig dat nagenoeg alle betrokkenen hier

verandering in willen brengen. Het is in dit licht dat de (te verwachten) resultaten van het NHI-onderzoek van betekenis zijn. Inzicht in de omvang, aard en oorzaken van exploitatietekorten, de (te verwachten) subsidie-afhankelijkheid en de (in de tweede fase uit te voeren) vergelijking van de situatie (al dan niet dienstverband), zijn noodzakelijk voor het bijstellen of ontwerpen van een adequaat financieringssysteem. Met andere woorden: de waarde van het onderzoek moet niet gezocht worden vanuit de vraag naar de legitimering van de hoogte van de kosten, maar vanuit een behoefte aan inzicht in kostenstructuren en uitwerking van bestaande financieringsregelingen.

(Evaluatie-)onderzoek naar gezondheidscentra

Het onderzoek naar de financiële problematiek is, zoals in de inleiding reeds vermeld, niet zo'n op zichzelf staande activiteit als Roscam Abbing stelt. Wat op de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI in 1977 met het registratiesysteem van gezondheidscentra en groepspraktijken als louter inventariserend onderzoek begonnen is, is inmiddels uitgegroeid tot een onderzoeksprogramma rond het thema '(evaluatie van) multidisciplinaire samenwerking'. Hierbij is een op zich logische (en vruchtbare) ontwikkeling zichtbaar van inventariserend/beschrijvend onderzoek naar meer vergelijkend/evaluatief onderzoek.³ Een enkel voorbeeld.

Behalve de in het kader van het eerder genoemde registratieproject jaarlijks verschijnende korte onderzoeksstudies⁴, verdient in het kader van de discussie over meerkosten-meerwaarde vooral het vorig jaar begonnen onderzoek naar samenwerken en verwijzen vermelding. Dit onderzoek richt zich op de constatering dat huisartsen in gezondheidscentra blijkens de LISZ-gegevens minder patiënten naar de tweedelijnsgezondheidszorg verwijzen dan hun collegae die niet in een dergelijk centrum werken. In de eerste fase van dit onderzoek wordt gekeken of de aangetroffen verschillen in verwijs-, opname en verpleegduurcijfers te herleiden zijn tot structurele determinanten als praktijksamenstelling, afstand tot en aanbod van ziekenhuizen etc. Tevens wordt met behulp van een steekproef een inventarisatie gemaakt van de multidisciplinaire samenwerking van huisartsen buiten gezondheidscentra. In de tweede (en laatste) fase zal, aangenomen dat de genoemde verschillen tegen toetsing bestand zijn, uitgezocht worden hoe deze verschillen dan wel verklaard kunnen worden (bijv. taakopvatting, wijze van samenwerking, selectief patiëntenaanbod, e.d.). Eind 1983 is een interimrapport verschenen, waarin de beantwoording van de eerste vraag behandeld wordt. Ongeveer tegelijkertijd is een brochure uitgegeven, waarin op grond van tot dan toe door het NHI verricht onderzoek een tussentijdse balans wordt opgemaakt van de 'kosten en baten' van gezondheidscentra.

Al met al vormen gezondheidscentra niet zo'n onderzoeksmatig blanco gebied als Roscam Abbing suggereert.

Evaluatie-onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra is nuttig en noodzakelijk. Ik heb al eerder gesteld dat beantwoording van de vraag naar het nut en de noodzaak van meerkosten echter in eerste instantie op politiek vlak opgelost moet worden.⁵ Onderzoek is daarbij ongetwijfeld van grote betekenis, maar zal door het ontbreken van algemeen onderschreven toetsingscriteria deze vraag niet ondubbelzinnig kunnen beantwoorden. De waarde van evaluatie-onderzoek naar gezondheidscentra ligt naar mijn

³ Zie voor een overzicht van (gepland) onderzoek naar multidisciplinaire samenwerking het Onderzoeksprogramma 1984-1985 van het NHI

⁴ In het kader van dit project zijn tot nu toe de volgende rapporten verschenen in de serie Studies naar samenwerking:

- Contacten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en de tweedelijns
- Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra,
- Verloskundige zorg door huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra (allen door W. G. M. Boerma) en
- Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening (M. A. A. Swinkels), NHI, Utrecht

⁵ Terzijde kan opgemerkt worden dat de actualiteit van de discussie over meerwaarde -meerkosten waarschijnlijk meer door de vaak omslachtige subsidieprocedures wordt ingegeven dan door de hoogte van de toegekende bedragen. Zo passeert elke subsidie-aanvraag in het kader van de Voorlopige Richtlijnen, hoe gering het bedrag ook is, per definitie 'alle' lagen van de Ziekenfondsraad

¹ Socioloog, Nederlands Huisartsen Instituut, Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek

² L. Peters, Financiële Problematiek van Gezondheidscentra, fase 1: een onderzoek naar de omvang en oorzaken van financiële problemen van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband. NHI, Utrecht, juli 1982

mening dan ook niet zozeer op dit vlak, alswel in de exemplarische betekenis die deze centra hebben om de 'werkzame' factoren van multidisciplinaire samenwerking (in de ELGZ) op het spoor te komen.

Vooral nog is enige realiteitszin bij dergelijke mechanisme-onderzoek niet overbodig. Zo zal bijvoorbeeld onderzoek naar de stelling van Roscam Abbing dat '...samenwerken ook een middel kan zijn om eigen 'onzekerheid' en onmacht te verbergen en erger nog in stand te houden' alleen relevant zijn als ook de vraag of 'de' patiënt meer gebaat is bij een solistisch werkzame 'zekere' hulpverlener dan bij een samenwerkende 'onzekere' hulpverlener beantwoord wordt.

Tot slot nog een opmerking over onderzoek naar andere multidisciplinaire samenwerkingsvormen in de ELGZ. Ik kan daar kort over zijn: hier is pas echt sprake van braakliggend terrein, de eerder vermelde inventarisatie in het kader van het onderzoek Samenwerken en Verwijzen vormt slechts een eerste aanzet.

Correspondentieadres

Drs. L. Peters, NHI, afdeling WO, postbus 2570, 3500 GN Utrecht, tel. 030-319946

Repliek

Mw. prof. mr. H. D. C. Roscam Abbing

De reactie van drs. Peters op mijn editorial 'Wordt de patiënt er beter van?' versterkt mij slechts in mijn opvatting dat nader inhoudelijk onderzoek naar nut en noodzaak van gezondheidscentra vooraf dient te gaan aan de discussie omtrent een financieringssysteem. Een evaluatie van oorspronkelijke en feitelijke gerealiseerde doelstellingen kan niet als minder urgent worden beschouwd nu, naar hetgeen Peters stelt 'gezondheidscentra een vaste plaats hebben verworven in de eerstelijnsgezondheidszorg'. Daargelaten de vraag of deze stelling zonder meer kan worden onderschreven lijkt mij dat een dergelijke stelling alléén niet meerkosten welke ontstaan door samenwerking in een gezondheidscentrum rechtvaardigen en derhalve een passende financieringsstructuur wettigen.

Het zich verwerven van een 'vaste plaats' in de gezondheidszorg betekent immers niet zonder meer dat daarmee een dusdanig noodzakelijke gezondheidszorgvoorziening is gecreëerd, dat de daarmee gepaard gaande meerkosten ten laste van de 'collectieve sector' zouden dienen te komen. Hier komen nog wel een aantal andere aspecten bij aan de orde, zoals de vraag of de wijze waarop de voorzieningen functioneren aan het gestelde doel beantwoordt, met andere woorden of sprake is van een dusdanige organisatie dat doelmatigheid en doeltreffendheid van hulpverlening voorop staan. Ook prioriteitenafweging speelt hierbij een rol. Hiermee geef ik reeds aan een tweede stelling van Peters evenmin te kunnen onderschrijven, te weten dat beantwoording van de vraag naar nut en noodzaak van meerkosten primair een politieke aangelegenheid is. Dat het uiteindelijk om politieke besluitvorming gaat zal niemand ontkennen, doch deze kan naar mijn oordeel niet verantwoord plaatsvinden zonder inhoudelijke afweging tussen 'noden' en 'wensen', uiteraard niet vanuit de hulpverlening bezien, maar vanuit patiëntenperspectief.

Ook gezondheidscentra zullen zich moeten onderwerpen aan een dergelijke afweging, waarbij o.a. nagegaan zal dienen te worden of bureaucratiseringsprocessen zich niet keren tegen de patiënt. Zonder inhoudelijk oordeel over van gezondheidscentra uitgaande 'meerwaarde' ten behoeve van de gezondheidszorg voor de patiënt heeft discussiëren over bekostigingssystemen weinig zin.

Correspondentieadres

Prof. mr. H. D. C. Roscam Abbing, RU Limburg, Capaciteitsgroep Gezondheidsrecht, postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-888772.

Actueel

Berichten

Oprichting Vereniging voor Gezondheidseconomie

Onlangs is de Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE) te Utrecht opgericht. De vereniging heeft als algemene doelstelling de bevordering van de gezondheidszorg. Zij richt zich op het Nederlands taalgebied. Lid kunnen worden ekonomen, maar ook andere belangstellenden kunnen worden toegelaten.

Het bestuur van de vereniging bestaat uit elf leden. Zes daarvan zijn afkomstig van universiteiten en andere onderwijsinstellingen, de overige komen uit de kring van de overheid, de financiers, de instellingen van gezondheidszorg, de landelijke koepels en onderzoeksinstituten en de particuliere sector. Om het gestelde doel te bereiken worden verschillende activiteiten ontplooid.

1. Het organiseren van konferenties en studiedagen: De eerste conferentie zal op vrijdag 13 april 1984 worden gehouden.
2. Het uitbrengen van een nieuwsbrief: Drie- à viermaal per jaar wordt aan leden, donateurs en andere abonnees een nieuwsbrief toegezonden. Deze bevat actuele informatie over verenigingsactiviteiten en -nieuws, literatuur, congressen, zusterverenigingen in het buitenland e.d. (Redactie-adres: drs. W. Nuyens, Instituut voor Gezondheidszorg in Tilburg.)
3. Werkgroep onderwijs: Het doel van deze werkgroep is te komen tot een uitwisseling van ideeën, informatie en programma's op het terrein van de gezondheidszorg. Tot de mogelijke activiteiten behoren verder het opzetten van cursussen, het ontwikkelen van leermiddelen, het stimuleren van het opzetten van universitaire leerstoelen en het versterken van het onderwijs in de gezondheidszorg in de medische opleidingen. (Koördinator: dr. A. J. P. Schrijvers, Instituut voor Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, RU Utrecht.)
4. Werkgroep onderzoek: Deze werkgroep tracht de gedachtenwisseling tussen onderzoekers te bevorderen, onder andere door het houden van onderzoeksdagen. Daarnaast wordt aandacht gegeven aan de versterking van het onderzoek in de gezondheidszorg door onder andere beoordeling van en advisering over onderzoeksprojecten. Er zal contact worden gezocht met buitenlandse verenigingen. (Koördinator: dr. A. P. W. P. van Montfort, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht.)
5. Overige activiteiten: Afhankelijk van de behoeften zullen ook op andere - meer specifieke - terreinen activiteiten kunnen worden ondernomen en/of werkgroepen worden ingesteld. Belangstellenden kunnen zich schriftelijk aanmelden bij het secretariaat, Leidseweg 83, 3531 BG Utrecht (kontributie: f 40,-/ B. frs. 700 per jaar). Inlichtingen, alsmede een informatieset kunnen op hetzelfde adres worden opgevraagd bij de sekretaris of mevr. A. W. van Gameren (030-941541).

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Per 1 januari 1984 zullen het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid (RIV), het Rijksinstituut voor Drinkwatervoorziening (RID) en het Instituut voor Afvalstoffenonderzoek (IVA) tot één instituut worden samengevoegd, dat de naam 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne' zal krijgen. Na beëindiging van de nieuwbouw II zal het instituut in de loop van 1986 in zijn geheel te Bilthoven gelocaliseerd zijn. Het nieuwe instituut heeft drie hoofdsectoren, te weten: